



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



462962

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/04/21	4-Data de Autorização 12/7/04/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8238612	7-Data Validade da Senha 12/7/04/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 12/7/04/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Paciente ou Carteira 0 0 2 0 2 5 3 4 2 6 1 6 0 0 0 0 1 0 1 1		13-Nome SERGIO DA LUZ PADILHA			
14-Telefone ()		15-Nome do titular do plano SERGIO DA LUZ PADILHA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRO 1774	18-UF SC	20-Código CBO S
16-Endereço e RN MARIA IVETE BONAN TESTA		21-Número no CRO 1774	22-UF SC	25-Código CNES Envlar - RX (1) 85100200
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3 7 6 3 8 2 5 4 9 5 3		24-Nome do Contratado Executante MARIA IVETE BONAN TESTA		
25-Nome do Profissional Executante MARIA IVETE BONAN TESTA		26-Número no CRO 1774	28-UF SC	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										36-Franchisa/Co-participação R\$	39-Anul	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Faixa	35-Cuid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Anul	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura		
1-0 0	8 5 1 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	8 8 0 0	0 0 0 0							
2-0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	21	M	1	6 1 0 0	0 0 0 0							
3-0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3 6 0 0	0 0 0 0							
4-0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3 6 0 0	0 0 0 0							
5-0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3 6 0 0	0 0 0 0							
6-0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3 6 0 0	0 0 0 0							
7-0 0	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	37	1	1	7 3 0 0	0 0 0 0							
8-0 0														
9-0 0														
10-0 0														
11-0 0														
12-0 0														
13-0 0														
14-0 0														
15-0 0														

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Realizamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchisa / Co-participação R\$
12/7/04/21	1- Tratamento Odontológico	2- Exame Radiológico	3- Ortopedia	4- Urgência/Emergência	10 0 0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(a) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(m) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/7/04/21	12/7/04/21	12/7/04/21	12/7/04/21

Sergio da Luz Padilha
CRO 1774
37638254953